

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

01/10/97

Origine :

DGR

MMES et MM les Directeurs

- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

(pour attribution)

Réf. :

DGR n° 85/97

Plan de classement :

242					
-----	--	--	--	--	--

Objet :

Transmission de la circulaire ministérielle DH/AH2/97 n°565 du 14 août 1997 relative aux dotations régionales limitatives de dépenses hospitalières pour 1997, 2ème modification des montants et questions divers.

Pièces jointes :

0	1
---	---

Liens :

Com.circ	DGR	7/97
----------	-----	------

Date d'effet :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

Date de Réponse :

DGR/DESMES - Mr POUILLOUX

01-42-79-33-62

Direction de la Gestion du Risque

MMES et MM les Directeurs

01/10/97

- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Origine :
DGR

(pour attribution)

N/Réf. : DGR n° 85/97

Objet : Transmission de la circulaire ministérielle DH/AF2/97 n°565 du 14 août 1997 relative aux dotations régionales limitatives de dépenses hospitalières pour 1997, 2ème modification et questions diverses.

Je vous prie de trouver ci-joint, en annexe, la circulaire ministérielle DH/AF2/97 n°565 du 14 août 1997 relative aux dotations limitatives de dépenses hospitalières pour 1997.

Cette circulaire complète la circulaire budgétaire ministérielle du 18 décembre 1996 diffusée par circulaire CNAMTS DGR n° 7/97 du 22 janvier 1997.

L'instruction ministérielle notifiée aux Directeurs d'Agences Régionales les montants des dotations régionales modifiées et arrêtées au 30 juin 1997 compte tenu des dotations complémentaires intervenues pour financer l'augmentation de la valeur du point d'indice des fonctionnaires, le statut des praticiens adjoints contractuel, des investissements de sécurité et des mesures nouvelles.

Elle rappelle également les règles d'utilisation des dotations régionales :

- S'agissant du financement des mesures UCANSS des établissements de santé gérés par les Caisses, la circulaire précise que la totalité des coûts de ces mesures doit être imputée sur la dotation régionale qui ne peut bénéficier d'un abondement particulier à ce titre.

La réforme du financement des établissements de santé introduite par l'ordonnance du 24 avril 1996 et notamment le respect de l'objectif national des dépenses d'Assurance Maladie ne permet plus un financement des mesures UCANSS hors enveloppe.

- En ce qui concerne le financement des décisions du Juge de la Tarification Sanitaire et Sociale, les Directeurs des Agences Régionales de l'Hospitalisation doivent prévoir et assurer les dépenses sur les dotations régionales.

En cas de régularisation d'une décision du Juge de la Tarification, le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation doit être saisi du montant de la dotation ou du prix de journée.

Il appartient aux Caisses de bien vouloir signaler à la CNAMTS (DGR/DESMES) ces situations en joignant notamment la décision de la Commission Interrégionale de la Tarification.

**Le Directeur de la Gestion
du Risque**

J.P.PHELIPPEAU

- **Le document n°2 est présenté en 1er pour des raisons techniques liées à la mise en page du tableau des dotations.**

**MINISTERE DE LA SOLIDARITE,
DE LA SANTE
ET DE LA PROTECTION SOCIALE**

REPUBLIQUE FRANCAISE

PARIS, LE 28 SEPTEMBRE 1990

**LE MINISTRE DE LA SANTE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA PROTECTION
SOCIALE,**

à

Messieurs les Préfets de régions

DRASS (pour information)

à

Mesdames et Messieurs les Préfets de départements

DDASS (pour mise en oeuvre)

CIRCULAIRE N° 400 du 28 SEPTEMBRE 1990

relative au contentieux de la tarification sanitaire et sociale.

Date d'application : immédiate

Résumé : Suite à la réforme de l'organisation du contentieux de la tarification, en 1990, cette circulaire traite de la prévention des contentieux, ensuite de l'instruction des dossiers et de l'exécution des décisions de justice;

Mots clés : Contentieux de la tarification - commission interrégionale - commission nationale - prévention - pouvoirs du préfet - procédure - exécution des décisions.

Textes de référence : Code de la famille et de l'aide sociale (article 199 à 201-2)

Loi n° 90-86 du 23 janvier 1990 (articles 10 à 13)

Décret n° 90-359 du 11 avril 1990.

La loi n° 90-86 du 23 janvier 1990 portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé (JO du 25 janvier 1990) a modifié les articles 201 et 201-1 du code de la famille et de l'aide sociale, et ajouté un article 201-2 (articles 10 et 11 de la loi). Elle a ainsi déconcentré sur l'ensemble du territoire le contentieux de première instance de la tarification sanitaire et sociale expérimentée en Ile de France et en Aquitaine sur la base de la loi n° 86-17 du 6 janvier 1986.

Le décret n° 90-359 du 11 avril 1990 (JO du 24 avril 1990), relatif à ce contentieux, établit la composition des juridictions de première instance et d'appel, en organise le fonctionnement, et fixe les règles de procédure applicables devant elles.

La présente circulaire, après avoir rappelé brièvement les principales dispositions issues de la loi du 23 janvier 1990 et du décret du 11 avril 1990, a pour objectif de préciser certaines règles et procédures pour prévenir ces contentieux, aider à les instruire le cas échéant, et faciliter l'exécution des décisions de justice.

1/ ORGANISATION DU CONTENTIEUX.

1.1. - Le juge de première instance :

Depuis le 1er mai 1990, tout recours contentieux contre les dotations globales, prix de journée, tarifs de prestations et autres forfaits, arrêtés par le représentant de l'Etat ou le président du Conseil général, isolément ou conjointement, est porté, en premier ressort, devant une commission interrégionale de la tarification sanitaire et sociale.

L'annexe au décret du 11 avril 1990 indique le siège et le ressort des commissions interrégionales.

Ces recours sont à adresser à la DRASS du siège de la commission interrégionale qui assure le secrétariat de la commission (voir annexe du décret précité).

A partir du moment où le défendeur a eu connaissance du recours, à l'initiative du secrétariat, il dispose d'un délai de 45 jours, renouvelable une fois sur demande expresse, pour produire ses observations en défense. Le requérant dispose ensuite d'un délai d'un mois pour produire une réplique.

Le dossier dont l'instruction est close est alors transmis, par le secrétariat de la commission (DRASS), à un rapporteur, désigné par le président de la juridiction, puis à un commissaire du Gouvernement, avant inscription à un rôle de séance arrêté par le président de la juridiction.

(Sur la qualité pour agir et les délais de saisine, voir infra: "procédure contentieuse").

1.2. - Le juge d'appel :

L'appel peut être porté devant la commission nationale du contentieux de la tarification sanitaire et sociale (nouvelle appellation de la section permanente du conseil supérieur de l'aide sociale siégeant au contentieux) dans le délai d'un mois (voir: 3.2).

Il doit être expédié au secrétariat de la juridiction (direction des hôpitaux, bureau 9D).

2/ PREVENTION DU CONTENTIEUX.

Au delà de toute initiative que je vous encourage à prendre pour prévenir les contentieux, il convient de se prémunir contre certains moyens tirés de la légalité externe, c'est à dire principalement des dispositions formelles qui régissent la procédure de tarification, sur lesquels reposent de nombreux recours formés par les établissements ou associations gestionnaires, les organismes d'assurance maladie et les particuliers.

Il paraît ainsi nécessaire, au regard de la jurisprudence de la section permanente du conseil supérieur de l'aide sociale, de souligner certains aspects de la procédure administrative dont le respect est de nature à prévenir des actions contentieuses.

2.1. - Procédure contradictoire

Le préfet est tenu de communiquer à l'établissement les modifications qu'il entend apporter aux propositions qui lui sont soumises. Les observations écrites doivent être suffisamment précises et complètes pour permettre à l'établissement d'exposer les motifs qui lui paraissent devoir faire admettre les propositions préalablement formulées (1985 n° 1616).

- Dans l'état actuel de la réglementation, les projets de modification des propositions de l'établissement par le préfet doivent indiquer, compte par compte, au niveau duquel le préfet arrête le budget, les abattements envisagés sur ces propositions (1979 n° 1003 et 1024 - 1986 n° 2177).

- Le préfet, qui a fixé une tarification sans tenir compte des abattements qu'il avait projetés dans un premier temps et dont il avait informé l'établissement, use d'une procédure irrégulière (1980 n° 1260). Il en va cependant autrement si la modification est favorable à l'établissement (1986 n° 2117).

2.2. - Procédure consultative

Les commissions consultatives (commission dite de l'article 35 - commission tripartite) doivent avoir connaissance des propositions faites par le préfet à l'établissement et des justifications éventuellement présentées en réponse par celui-ci, dans les délais réglementaires (1980 n° 1269 - 1986 n° 2117).

2.3. - Régularité de l'arrêté de tarification

Les dispositions réglementaires prescrivent d'arrêter les tarifs applicables annuellement, avant le 1er janvier de l'année en cause.

Il est du plus grand intérêt qu'il soit satisfait à cette prescription.

A défaut d'y parvenir entièrement, vous devrez veiller à ne pas donner à vos arrêtés fixant des prix de journée, ou des tarifs de prestation, un effet rétroactif, lequel, suivant une jurisprudence constante, ne pourrait qu'être jugé illégal, si un contentieux naissait sur ce point.

Notez, toutefois, que la section permanente du conseil supérieur de l'aide sociale, par une décision de sa formation plénière du 28 mai 1982 (B.O. 86-9 bis, page 106) a jugé que la décision intervenue en cours d'année et fixant un forfait global de soins d'un hospice (la solution paraît devoir être la même par une dotation globale) peut inclure dans ledit forfait des dépenses correspondant à une période antérieure à la date de cette décision (et remontant au début de l'année considérée) sans avoir d'effet rétroactif illégal. Cette décision, qui tient compte de la portée particulière de l'arrêté fixant un forfait annuel global, n'est pas, naturellement, un argument pour justifier un retard dans les décisions en ce domaine.

2.4. - Contenu de l'arrêté, notification et publication

L'arrêté de tarification doit comporter les visas des textes législatifs et réglementaires sur lesquels il s'appuie.

Bien que ces formalités ne soient pas substantielles, il est utile de viser les propositions faites, les avis recueillis, les observations adressées à l'établissement et, éventuellement, l'avis de la commission tripartite consultative.

De même, le cas échéant, est-il utile de faire mention de l'absence de propositions de l'établissement, lorsque sa tarification a été arrêtée par voie d'autorité en application de la réglementation.

Toutefois, l'absence de mention des observations de l'établissement dans les visas de l'arrêté est sans incidence sur sa légalité (1979 n° 1144).

L'arrêté de tarification doit impérativement faire état du délai spécial de recours contentieux d'un mois.

Le défaut d'indication de cette mention, ainsi que celle des voies de recours, rend inopposables les délais de recours, depuis le décret n° 83-1025 du 28 novembre 1983 dont l'article 9 a modifié l'article 1er du décret n° 65-29 du 11 janvier 1965. Ce défaut d'indication n'a cependant pas pour effet d'entacher d'irrégularité la décision (C.E. 25.1.1985, GUTMANN, requête n° 63.315, Droit administratif, 1985, n° 161).

Je vous invite à utiliser la formule suivante dans vos décisions: "les recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au secrétariat de la commission interrégionale de la tarification sanitaire et sociale (adresse), dans le délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes".

Afin d'éviter toute contestation sur les délais de recours, il est nécessaire que les notifications soient adressées aux établissements et aux caisses d'assurance maladie, en recommandé avec avis de réception.

La publication de l'arrêté au recueil des actes administratifs a pour effet de fixer le point de départ du délai de recours à l'égard des personnes auxquelles les décisions ne sont pas notifiées. Elle doit donc intervenir le plus tôt possible. Toutefois, si l'arrêté a été, avant sa publication, notifié à une personne pour laquelle cette formalité n'est pas obligatoire, le délai court à l'égard de celle-ci à compter de la notification qui lui en a été faite.

2.5. - Révision de la tarification

Les articles 39 du décret 83-744 du 11 août 1983, modifié, (établissements sanitaires publics et privés participant au service public hospitalier) et 31 du décret du 24 mars 1988 (établissements médico-sociaux) précisent les conditions qui permettent la révision des dotations globales. L'article 37 du décret du 11 décembre 1958 prévoit les conditions de révision des prix de journée. Ces conditions sont limitatives. Dès lors, l'autorité chargée de la tarification ne peut se prévaloir d'une erreur matérielle commise lors de la fixation du tarif pour la modifier en cours d'année; en ce cas, il appartient à l'établissement de contester, dans le délai du recours, la décision arrêtée par l'autorité administrative (1980 n° 1275 - 1986 n° 85-472).

- La révision de la tarification ne peut intervenir que si les circonstances ayant provoqué la hausse des coûts étaient imprévisibles à la date de la fixation de la tarification initiale. Ainsi, l'augmentation du prix de revient réel par rapport au prix de revient prévisionnel ne peut autoriser l'ouverture de la procédure exceptionnelle de révision si elle résulte de circonstances imputables à la direction ou à la gestion de l'établissement, ou prévisibles lors de la présentation du budget (1983 n° 1414 - 1986 n° 2069).

2.6. - Pouvoirs du préfet

Motivation des abattements

Aux termes des articles 22 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, 26-1, 26-2 et 27 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, l'autorité chargée de la tarification peut supprimer ou diminuer les prévisions de dépenses qu'elle estime injustifiées ou excessives.

La seule référence, par l'autorité chargée de la tarification, au taux directeur fixé annuellement, est insuffisante tant pour asseoir ses abattements que pour la dispenser de motiver ses décisions, selon la jurisprudence constante de la section permanente du conseil supérieur de l'aide sociale.

Au surplus, si les établissements sont réglementairement tenus d'adresser des propositions justifiées et si le juge peut user de son pouvoir d'appréciation pour en examiner le bien-fondé, il incombe à l'autorité de tarification de démontrer, lorsqu'elle a procédé à des abattements, que les propositions de dépenses faites par les établissements étaient étrangères, par nature, au fonctionnement normal de l'établissement.

En l'état actuel des textes, l'autorité de tarification ne peut procéder à des réductions purement forfaitaires ou globales: la jurisprudence établit, en ce sens, que les modifications des propositions faites par les établissements doivent normalement porter sur des postes de dépenses (ou de recettes) déterminés, et doivent être motivées par une critique appropriée à chacun de ces postes. Si les propositions de l'établissement ne sont pas suffisamment détaillées, il vous appartient, dans le cadre de la procédure contradictoire, et afin de vous permettre d'exercer votre contrôle, de demander à cet établissement toutes les précisions nécessaires.

Incidences des règles précitées

Il résulte de ce qui précède qu'un établissement ne peut prétendre à la prise en charge de dépenses relatives à des missions autres que celles pour lesquelles il a été agréé (1979 n° 1024), ou résultant de conditions de fonctionnement différentes de celles prévues dans la décision d'agrément de l'établissement.

De même, doivent être exclues les dépenses correspondant à une modification dans les conditions de fonctionnement de l'établissement sans qu'ait été préalablement révisée en ce sens la convention ou l'habilitation portant agrément de l'établissement (1982 n° 1384 - 1987 n° 2101 et suivants).

Éléments à prendre en compte

Le préfet ne peut tenir compte que des éléments connus au jour de la présentation des propositions budgétaires, soit au plus tard le 1er novembre de l'année N-1, pour apprécier le montant des crédits nécessaires au titre de l'année pour laquelle est fixée la tarification (1978 N° 1027 - 1982 N° 1384).

Contrôle des résultats

En application de la décision de principe (chalet du Mont Lachat - 9 juin 1961 - contentieux n° 157), sont exclues des résultats incorporables les dépenses injustifiées ou excessives.

Selon la jurisprudence de la section permanente du conseil supérieur de l'aide sociale, une dépense revêt ce caractère lorsque:

- elle est prévue en méconnaissance des lois et règlements en vigueur,
- elle est manifestement étrangère par sa nature ou son importance à la gestion de l'établissement,
- elle ne correspond pas aux nécessités de la gestion normale de l'établissement.

Ainsi, à titre d'exemple, ne sont pas intégrés au déficit: la rémunération d'agents non autorisés (1982 n° 1597), des frais de siège non prévus au budget (1979 n° 1164), des dépenses excédant certains crédits prévus et non justifiées (1982 n° 1844).

3/ PROCEDURE CONTENTIEUSE.

3.1. - Recevabilité de la requête

Aux termes de l'article 201-1 du code de la famille et de l'aide sociale, peuvent saisir la commission interrégionale de la tarification sanitaire et sociale:

- toute personne physique ou morale intéressée,
- les organismes d'assurance maladie,
- le représentant de l'Etat dans le département où a son siège l'établissement ou le service dont la tarification est contestée.

Il convient de distinguer la qualité et l'intérêt à agir.

3.1.1. - Une personne physique intervenant au nom d'une personne morale a qualité pour agir si elle est habilitée à le faire par l'assemblée délibérante de l'établissement gestionnaire.

Une personne physique, intervenant, le cas échéant, au nom d'une personne morale a intérêt à agir si elle est appelée soit à percevoir la tarification, soit à en supporter la charge (C.E. Lieber et autres - 9 juin 1982 - Lebon p. 215).

3.1.2. - Les organismes d'assurance maladie ne sont pas recevables à contester un prix de journée d'hébergement dans une maison de cure médicale (1981 n° 1356), ou un forfait journalier de soins dans une section d'hospice (1987 n° 1532), sauf à l'appui d'un recours contre le forfait annuel (plénière 1982 n° 1317), dès lors que les dépenses contestées accroissent la participation financière mise à leur charge.

3.1.3. - Jusqu'à la loi du 23 janvier 1990, seuls les ministres compétents avaient qualité pour saisir, au nom de l'Etat, le juge du tarif. Désormais cette attribution ressortit au préfet qui peut saisir la commission interrégionale, et en appel la commission nationale.

Enfin, un pourvoi en cassation devant le Conseil d'Etat peut être formé à la suite de la décision d'appel, dans le délai de deux mois (1). Je rappelle qu'aux termes de l'article 11 du décret n° 53-974 du 30 septembre 1953, le ministère d'un avocat au conseil d'Etat est obligatoire pour l'introduction des recours en cassation, le contentieux de la tarification n'étant pas au nombre des matières dispensant de ce ministère. En revanche, le pourvoi en cassation formé au nom de l'Etat par le ministre est, conformément à l'article 43 de l'ordonnance du 31 juillet 1945, dispensé du ministère d'avocat (C.E. 7.6.1961. Ministère des Armées C/Bernard. Rec. Tables, p. 1132).

(1) Voir 5.3. autres recours

3.2. - Délais de recours

- Le délai de saisine de la commission interrégionale est d'un mois après la publication ou la notification de l'arrêté contesté.

- Le délai d'appel est d'un mois à compter de la notification du jugement (Voir supra: 2.4., sur les règles de notification). Ces délais sont francs: ils ne prennent pas en compte le jour d'envoi (dies ad quo) et le jour de réception (dies ad quem).

- Un recours administratif, gracieux ou hiérarchique, interrompt le délai de recours contentieux, mais le recours administratif, pour conserver le recours contentieux, doit être adressé dans le délai du recours contentieux lui-même. Un second recours administratif n'a pas pour effet d'ouvrir un nouveau délai de recours contentieux.

- Une décision rejetant le recours gracieux doit indiquer le délai spécial d'un mois pour saisir le juge du tarif. Le défaut d'indication de cette mention et de la voie de recours, rend inopposable le délai de recours contentieux (application de la règle décrite supra: 2.3). Il en va de même pour l'absence de réponse, au delà de quatre mois, à un recours gracieux.

- Les conclusions présentées pour la première fois après l'expiration du délai de recours sont irrecevables (C.E. CRAM Rhône-Alpes, 7 février 1986).

- Une requête ne contenant l'exposé d'aucun fait ni moyen n'est pas recevable. Un mémoire complémentaire motivé produit hors délai ne peut avoir pour effet de régulariser cette requête (1984 n° 1624).

- Enfin, il appartient à celui qui oppose un fin de non-recevoir tirée de la tardiveté de la requête d'apporter les éléments permettant de déterminer la date à laquelle l'arrêté litigieux a fait l'objet d'une publication régulière (1983 n° 1655) ou de justifier de la date de notification au requérant de l'arrêté attaqué (1984 n° 1411). D'où l'intérêt d'une notification en recommandé avec avis de réception (voir 2-4).

4/ EXECUTION DES DECISIONS.

4.1. - La portée juridique

Elle s'appuie sur l'article 201-1, 4e alinéa, du code de la famille et de l'aide sociale: "Les décisions de la commission interrégionale de la tarification sanitaire et sociale et de la section permanente fixant le montant des dotations globales, remboursements forfaitaires, prix de journée et autres tarifs, ont effet à compter de la date fixée dans la décision donnant lieu au litige".

4.2. - L'aspect budgétaire et comptable

4.2.1. - Avis du Conseil d'Etat

La traduction budgétaire de ces dispositions, selon un avis du Conseil d'Etat (section sociale) consisterait, lorsqu'un arrêté est réformé, en:

- a) une modification rétroactive des recettes prévisionnelles considérées, qu'il y ait eu ou non engagement des dépenses correspondantes, et une prise en compte de ces recettes dans le résultat comptable rectifié dudit exercice;
- b) une fixation de nouveaux tarifs, pour le deuxième exercice suivant celui au titre duquel a porté la décision (n + 2), que cet exercice ait été ou non contesté, prenant en compte l'incidence des résultats rectifiés après délibération sur leur affectation;
- c) une répétition des opérations décrites en b) pour chacun des exercices postérieurs au premier exercice sur lequel a porté la décision, que ces exercices postérieurs aient donné lieu ou non à une contestation devant la juridiction compétente.

Toutefois, la notification tarifaire ainsi fixée devrait alors donner lieu à facturation (ou reversement) constatable pour être reprise dans le compte de résultats révisé dudit exercice et réaffecté dans l'exercice N + 2, modifiant ainsi les tarifs de cet exercice, après un nouveau délibéré sur leur affectation.

Ces opérations sur les tarifs, la facturation et les résultats devraient être répétées jusqu'à l'exercice en cours dans lequel serait déterminé le solde entre le montant de la créance de l'établissement et le montant de celle que pourraient détenir les organismes sociaux.

Outre les risques de nouveaux litiges pouvant résulter de la rétroactivité de la facturation (contestation des débiteurs, difficultés de révision des comptes administratifs et de l'affectation des résultats), cette procédure reste imprécise quant aux modalités de prise en compte budgétaire des dépenses faisant l'objet des considérants de la décision, lesquelles ont pu, dans certains cas de dépassement des crédits autorisés, être déjà reprises au titre des déficits mis à la charge, pour l'essentiel, des organismes d'assurance maladie.

4.2.2. - Solutions pratiques

Sauf exception permettant de suivre sans difficulté le cadre précédant, convient-il de considérer que la décision juridictionnelle portant sur un exercice antérieur doit avoir un effet sur le budget de l'exercice en cours (en autorisation de dépenses puis en recettes d'équilibre), objet final du redressement.

Cette démarche privilégie l'analyse des considérants de la décision portant sur les autorisations de dépenses et se rapproche des résultats réels des comptes administratifs, ou d'exploitation, de l'exercice clos ayant fait l'objet du recours.

Elle peut avoir deux effets distincts:

1/ Un effet direct : avec la prise en compte (ou l'annulation) d'une dépense dont le principe, ou le montant, a été contesté dans un exercice antérieur, lorsqu'elle est reconductible (2) jusqu'à l'exercice en cours, au titre des dépenses d'exploitation du budget primitif (ex: créations de postes, bases de rémunération, loyers, etc...), pour un montant actualisable (rétablissement de base).

Si le requérant a obtenu gain de cause totalement ou partiellement, dans le courant d'un exercice ultérieur, ayant omis de signaler le non-lieu total ou partiel à statuer, le redressement ne concerne que le solde éventuel restant à prendre en compte par rapport à la décision de justice (Voir 5.4.).

Dans tous les cas, l'incidence de ces mesures s'impute sur l'enveloppe budgétaire dont dispose l'autorité de tarification. Dans l'hypothèse où cette incidence grèverait trop lourdement le volume de l'enveloppe, celle-ci, sur autorisation expresse de mes services, pourrait être abondée par anticipation sur les exercices ultérieurs.

(2) Cette notion s'apprécie en fonction de la motivation du juge du tarif; une motivation fondée sur une situation spécifique à un exercice n'implique pas un caractère reconductible.

2/ Un effet indirect : avec la reprise éventuelle des résultats modifiés par la décision de prise en compte (ou de rejet) des dépenses concernées par le recours ayant été réalisées.

2.1. - S'il y a création ou majoration d'autorisation de dépenses, trois cas sont à distinguer:

a) la dépense n'a pas été réalisée : comptablement il ne saurait y avoir de recette d'équilibre à inscrire puisqu'il n'y a pas eu de flux financier correspondant en dépenses (service non fait);

b) la dépense a été engagée et prise en compte dans les résultats (établissements privés) bien que non autorisée initialement: obtenue sur l'exercice $n + 2$, il n'y a pas lieu de renouveler cette créance qui est éteinte;

c) la dépense a été engagée et laissée au compte du gestionnaire (établissements privés): il y a lieu de rétablir les moyens du remboursement de cette charge induite.

Dès lors, ces dépenses, qui s'analysent comme une charge exceptionnelle sur exercices antérieurs (compte 6278), sont reprises au budget de l'exercice en cours et donnent lieu à une nouvelle détermination des prix et tarifs de prestation ainsi qu'éventuellement du montant de la dotation globale dudit exercice.

2.2. - S'il y a annulation ou diminution de dépenses:

Dans le cas d'une décision portant rejet d'une dépense initialement autorisée et engagée, afin de ne pas remettre en cause les délibérations du Conseil d'administration portant affectation de résultats et ne pas créer, inutilement, des tensions dans la trésorerie de l'établissement, il convient d'effectuer une réfaction ponctuelle, en dépenses et en recettes, sur le budget en cours et non pas de tenter de reconstituer un historique des résultats intégrant l'excédent créé, rétroactivement, par l'application de la décision de justice.

Sur l'effet budgétaire de l'application des décisions juridictionnelles dont l'interprétation prête souvent à divergence, quant à l'appréciation, selon les parties intéressées, des arriérés dus, il apparaît souhaitable qu'une concertation soit établie associant notamment les organismes d'assurance maladie lorsqu'ils sont concernés, préalablement à toute décision de votre part. Celle-ci reste soumise, en tout état de cause, à l'appréciation du juge du tarif en cas de litige.

5/ DISPOSITIONS DIVERSES.

5.1. - Intervention du représentant de l'Etat

L'article 21 du décret du 11 avril 1990 précise que le recours est communiqué à la DRASS ainsi qu'au préfet du département où est situé l'établissement ou le service concerné, lorsque celui-ci n'est pas l'auteur de la décision litigieuse.

Cette disposition permet au représentant de l'Etat d'intervenir au cours de la procédure, entre le dépôt de la requête initiale et la clôture de l'instruction, pour produire toutes observations utiles, afin d'éclairer les juges.

5.2. - Connaissance des décisions du juge de première instance

Dans le souci de défendre les intérêts de l'Etat, et de préserver la cohérence de la jurisprudence bâtie par la section permanente du conseil supérieur de l'aide sociale, je vous demande de prendre connaissance aussi vite que possible des décisions rendues par les commissions interrégionales de votre ressort, afin de préserver les délais d'un éventuel appel. Mes services se tiennent à votre disposition pour toute information qui pourrait vous être utile pour apprécier la portée d'une décision et examiner avec vous l'opportunité d'un éventuel appel.

D'une façon générale, je vous demande, en cas d'appel de votre part, de m'adresser une copie de votre mémoire introductif, sous le timbre de la direction des hôpitaux (établissements sanitaires) ou de la direction de l'action sociale (autres établissements), afin que mes services puissent suivre l'évolution de la jurisprudence faisant litige.

5.3. - Autre recours

Je rappelle que lorsqu'une décision est devenue définitive, c'est à dire lorsque sont expirés les délais d'appel ou de cassation, le ministre a la possibilité de former, sans condition de délai, un pourvoi dans l'intérêt de la loi, afin d'obtenir une censure purement doctrinale. Cette procédure peut notamment être utilisée lorsqu'une décision, dont vous ne souhaitez pas voir remettre en cause le résultat, s'appuie sur des motifs qui vous paraissent contestables. Dans cette hypothèse, vous voudriez bien me saisir, sous le timbre des directions compétentes, aux fins d'une présentation par mes soins d'un pourvoi dans l'intérêt de la loi.

5.4. - Information du juge

Afin d'éviter que le juge ne se prononce sur des griefs qui ont pu, entre l'introduction du recours et le jugement trouver une solution, je vous demande de veiller à ce que lui soient communiquées les décisions prises postérieurement à l'enregistrement des recours, afin qu'il puisse, le cas échéant, prononcer un non-lieu à statuer total ou partiel, sur les demandes dont il est saisi.

Dans le cadre de vos relations avec les représentants des collectivités locales, je ne verrais que des avantages à ce que vous donniez une information sur la présente circulaire aux présidents des conseils généraux qui sont eux-mêmes appelés à prendre des arrêtés de tarification d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux, les règles de procédures rappelées ci-dessus s'appliquant de la même façon aux décisions qui les concernent.

CONCLUSION

Au terme de cette circulaire, il m'est agréable de souligner l'important travail accompli par les services extérieurs de l'Etat dans leur tâche du contrôle budgétaire et de fixation de la tarification. Ce travail doit continuer à s'inscrire dans le cadre juridique existant, en réalisant la juste adéquation du montant des dépenses supportées par les deniers publics aux nécessités de fonctionnement normal de chaque établissement ou service, et aux possibilités de la nation. La connaissance approfondie des problèmes et des difficultés que vous possédez doit ainsi vous conduire à garder égale la balance entre les intérêts en présence.

Ces intérêts réciproques ne pourront que se conforter avec des rapports suivis et confiants entre l'administration, les établissements, les organismes payeurs. C'est dans cet esprit que le travail de fixation des budgets et des tarifs apparaîtra comme une synthèse de toutes les observations effectuées au cours de l'année.

Les parties en présence gagneraient souvent à trouver des solutions, même médianes, dans le respect et le souci mieux compris de leurs intérêts, par la concertation et le dialogue.

Au demeurant, je rappelle que le délai d'examen d'un recours gracieux est de nature à préserver les droits du requérant au contentieux. Ce temps peut être utilement mis à profit pour rechercher l'accord, et éviter ainsi le relatif constat d'échec que constitue toujours le recours à l'ultime arbitre qu'est le juge du tarif.

Vous voudrez bien me faire connaître, sous le timbre de la direction des hôpitaux (bureau 9 D pour les établissements sanitaires) ou de la direction de l'action sociale (bureau SEF 3 pour les établissements sociaux et médico-sociaux) toute difficulté que vous pourriez rencontrer dans l'application de la présente circulaire.

Par délégation
Le Directeur-Adjoint du Cabinet

Didier TABUTEAU

CONTENTIEUX DE LA TARIFICATION

- Recueils des décisions du conseil supérieur de l'aide sociale (section permanente).

Années 1970	B.O. N° 71-22 bis
1971	B.O. N° 72-26 bis
1972	B.O. N° 73-42 bis
1973	B.O. N° 74-50 bis
1974	B.O. N° 75-51 bis
1975	B.O. N° 76-39 bis
1976	B.O. N° 77-51 bis
1977	B.O. N° 78-50 bis
1978	B.O. N° 79-29 bis
1979	B.O. N° 80-51 bis
1980	épuisé
1981	B.O. N° 86/7 bis
1982	B.O. N° 86/9 bis
1983	B.O. N° 86/14 bis
1984	B.O. N° 86/16 bis
1985	B.O. N° 86/25 bis
1986	B.O. N° 87/17 bis
1987	B.O. N° 88/11 bis
1988	B.O. N° 89/7 bis
1989	B.O. N° 90/12 bis, et N° 90/14 bis

- Recueil des décisions des commissions régionales d'Aquitaine et d'Ile de France.

Années 1988 et 1989 : s'adresser aux DRASS de Paris et Bordeaux.

**MINISTERE DE L'EMPLOI REPUBLIQUE FRANCAISE
ET DE LA SOLIDARITE**

DIRECTION DES HOPITAUX

**Sous-Direction des Affaires
Administratives et Financières
Bureau du financement des Hôpitaux - AF2**

**LE MINISTRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITE
à
MESDAMES ET MESSIEURS LES
DIRECTEURS D'AGENCE
REGIONALE DE L'HOSPITALISATION
MESSIEURS LES PREFETS
DE GUADELOUPE, MARTINIQUE ET
GUYANE**

CIRCULAIRE DH/AF2/97 n° 565 du 14.08.97 relative aux dotations régionales limitatives de dépenses hospitalières pour 1997, 2ème modification des montants et questions diverses

Textes de référence :

- Articles L. 174-1 et L. 174-1-1 du Code de la Sécurité Sociale et L. 714-7 du Code de la Santé Publique.
- *Circulaires DH/AF2/96 n° 754 du 18 décembre 1996* et DH/AF n° 2 du 13 janvier 1997 relatives à la campagne budgétaire des établissements sanitaires sous compétence tarifaire de l'Etat.
- *Lettres-circulaires DH/AF2 n° 114 du 14 février 1997* et DH/AF2 n° 328 du 9 mai 1997 notifiant l'abondement des dotations régionales des dépenses hospitalières pour revalorisation des traitements dans la fonction publique.

Copies :

Mesdames et Messieurs les Directeurs Régionaux des Affaires Sanitaires et Sociales.
Mesdames et Messieurs les Directeurs Départementaux des Affaires Sanitaires et Sociales.

Pièces jointes :

- Tableau de notification des dotations régionales
- Circulaire n° 400 du 28 septembre 1990 relative au contentieux de la tarification sanitaire et sociale.

La présente circulaire a pour objet, en premier lieu, d'arrêter, à la date du 30 juin 1997, le montant des dotations régionales limitatives des dépenses hospitalières pour 1997 telles qu'elles résultent, d'une part, de la validation définitive des bases budgétaires pour 1997 et, d'autre part, des mesures complémentaires qui vous ont été notifiées depuis le 14 février 1997, date du premier abondement des dotations régionales au titre des mesures salariales pour 1997.

En second lieu, elle rappelle un certain nombre de règles d'utilisation de ces dotations.

I - Notification des dotations régionales modifiées de dépenses hospitalières pour 1997

Le travail de validation de la base de référence sanitaire 1997, engagé depuis plusieurs mois, permet à ce jour de fixer définitivement le montant de cette base, élément indispensable à la maîtrise de la dotation de dépenses hospitalières et, par là, au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement.

Une notification du montant de la base de référence 1997, au terme d'une reconstitution détaillée de la campagne 1996, a été adressée à chacun d'entre vous (ou le sera prochainement), accompagnée d'une synthèse du déroulement de la campagne 1997, amenant à corriger le montant de la dotation régionale notifiée par circulaire du 14 février 1997.

A ce montant, il convient d'ajouter les dotations relatives à des mesures spécifiques qui vous ont été notifiées, pour prendre en compte:

- 1) l'abondement complémentaire pour revalorisation des traitements dans la fonction publique et son impact sur la masse salariale des établissements privés sous compétence tarifaire de l'Etat, notifiée par circulaire du 9 mai 1997 et, le cas échéant, par lettre individuelle;
- 2) le financement des postes de praticiens adjoints contractuels (la notification de ce financement est intervenu les 10 avril et 30 mai 1997);
- 3) la dotation relative aux aides à l'investissement pour le financement de travaux de sécurité ou de désamiantage;
- 4) le financement d'autres mesures nouvelles: alcoologie, praticiens hospitalo-universitaires, reprise d'ancienneté, renforcement des UCSA (unités de consultation et de soins ambulatoires).

La présente circulaire vous notifie, sous la forme du tableau ci-joint, à partir des éléments ci-dessus, le montant des dotations régionales modifiées (seconde modification générale) arrêtées à la date du 30 juin 1997 (France métropolitaine).

Je vous rappelle que les événements affectant le montant de la dotation régionale doivent impérativement figurer dans PAGE. Le montant de la dotation régionale correspond à l'ensemble des dotations reconductibles accordées à la région. Le montant des dotations non reconductibles fait l'objet d'une notification spécifique à chaque région d'une autorisation ponctuelle de consommation. Je précise, de plus, que les mesures financées éventuellement à titre dérogatoire sont saisies dans PAGE sous le code mesure AUTDER, code nature AFNAT.

II - Rappel de quelques règles d'utilisation des dotations régionales

2.1 - Réduction des dotations régionales à due concurrence du montant des transferts de financement effectués vers le secteur médico-social

Les montants notifiés des dotations régionales ne tiennent pas compte des transferts de financement qui ont pu intervenir au profit du secteur médico-social (ainsi que de ceux qui peuvent intervenir entre deux dotations régionales) pour le financement de restructurations d'établissements ou de services. Les mouvements opérés à ce titre doivent impérativement être identifiés dans PAGE. (A cet effet, la totalité de la dotation régionale est enregistrée dans le secteur sanitaire et un mouvement est alors effectué vers le secteur médico-social). La dotation régionale sanitaire finale de l'année du transfert sera corrigée à due concurrence du montant des mouvements effectués à titre pérenne vers le secteur médico-social. Je vous rappelle, par ailleurs, que les opérations de "trésorerie d'enveloppe" du secteur médico-social vers le secteur sanitaire ne sont plus autorisées.

2.2 - Financement des mesures UCANSS des établissements de santé de caisse

Les mesures salariales adoptées par l'Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociales (UCANSS), qui affectent à titre principal, les agents des organismes de Sécurité Sociale, concernent également les personnels d'un certain nombre d'établissements sanitaires gérés par des caisses, dont les caisses régionales d'assurance maladie.

Ces mesures ne sont pas assujetties à la procédure d'agrément prévue par l'article 16 de la loi n° 75 535 du 30 juin 1975, applicables aux accords et avenants conventionnels régissant les personnels des établissements de santé privés à but non lucratif.

Pour cette raison et jusqu'en 1996, le financement de ces mesures était assuré pour partie sur les dotations "protocole du secteur hospitalier privé" et, pour le solde non couvert, hors enveloppe. La modification des règles de financement des établissements sanitaires, introduite par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, et notamment le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, interdit de reconduire ces modalités.

La totalité du coût des mesures UCANSS pour les établissements sanitaires de caisse doit donc désormais être imputé sur la dotation régionale, qui ne peut bénéficier d'un abondement particulier à ce titre.

2.3 - Financement des décisions du juge de la tarification sanitaire et sociale

Conformément aux instructions de la circulaire n° 400 du 28 septembre 1990 relative au contentieux de la tarification sanitaire et sociale, l'incidence financière des décisions devenues définitivement du juge tarifaire, réformant les dotations globales, prix de journées ou forfaits soins des établissements de santé est à financer sur la dotation budgétaire dont dispose l'autorité de tarification.

Il convient donc de prévoir et d'assurer sur votre dotation régionale de dépenses hospitalières, le financement de ces décisions dans les délais fixés par le juge tarifaire.

Toutefois, les décisions du juge intervenant actuellement qui sont, au moins pour partie, afférentes à des exercices budgétaires antérieurs à la modification des règles de financement

des établissements de santé introduite par la réforme de l'hospitalisation publique et privée, peuvent susciter des difficultés exceptionnelles dans l'exécution de certains de ces jugements par vos services.

Vous voudrez bien me faire part des difficultés rencontrées d'une part, dans l'exécution de ces jugements et, d'autre part, éventuellement dans la mise en oeuvre des instructions de la présente circulaire.

Pour le Ministre et par délégation :

Par empêchement du Directeur des Hôpitaux :

Le Chef de Service

Jacques LENAIN

@NV

Ministère de l'emploi et de la solidarité

Dotations régionales de dépenses hospitalières 1997 au 30 juin 1997

25/08/1997

Direction des hôpitaux/France métropolitaine - hors soins de longue durée

REGIONS (chiffres en milliers de francs)	Dotation régionale 1997 modifiée (1ère modification (14 février 1997))	Base de référence après validation (a)	Déduction des antiré-troviraux après validation (b)	Base corrigée après validation (c) = (a-b)	Dotation régionale corrigée 1997 après validation (1ère modification) (d)	Complément pour hausse du point fonction publique (e)	Statut des praticiens adjoints contractuels (f)	Investissements de sécurité (g)	Renforcement des UCSA (h)	Autres mesures (i)	Dotation régionale 1997 modifiée (2ème modification) (j)=(d+e+f+g+h+i)
ALSACE	8 645 679	8 487 134	14 900	8 472 234	8 564 599	5 241	1 517,80	168,0	374,50	1 607,0	8 573 508
AQUITAINE	11 245 334	11 167 616	44 600	11 123 016	11 214 159	5 992	581,50	1 427,0	447,85	2 640,0	11 225 248
AUVERGNE	5 655 531	5 532 115	6 734	5 525 381	5 587 259	4 084	2 499,75	5 716,0	215,00	4 753,0	5 604 527
BOURGOGNE	6 000 044	5 890 168	8 928	5 881 240	6 009 840	3 077	1 921,00	432,0	161,90	2 997,0	6 018 429
BRETAGNE	12 492 264	12 332 446	15 360	12 317 086	12 487 922	9 637	1 580,00	518,0	349,50	12 131,7	12 512 139
CENTRE	8 205 405	8 054 498	11 209	8 043 289	8 212 828	5 458	1 998,50	1 866,0	379,65	1 955,0	8 224 486
CHAMPAGNE-ARDENNE	5 321 844	5 246 256	7 400	5 238 856	5 317 285	3 596	1 026,00	806,0	271,90	2 886,0	5 325 871
CORSE	959 664	960 038	2 468	957 570	964 466	402	0,00	108,0	146,20	176,0	965 299
FRANCHE-COMTE	4 696 898	4 611 636	7 000	4 604 636	4 685 436	2 433	2 523,00	734,0	159,30	8 715,0	4 700 001
ILE-DE-FRANCE(.)	57 463 144	57 700 586	336 013	57 374 965	57 211 982	16 637	12 785,00	834,4	1 301,50	13 625,4	57 257 166
LANGUEDOC-ROUSSILLON	8 499 137	8 478 732	32 300	8 446 432	8 495 380	3 958	936,00	1 650,0	286,70	4 632,0	8 506 843
LIMOUSIN	3 498 517	3 466 546	5 070	3 461 476	3 492 880	2 161	833,00	232,0	60,15	1 719,0	3 497 886
LORRAINE	11 190 053	11 023 355	12 500	11 010 855	11 152 573	7 367	2 077,00	352,0	554,95	5 601,0	11 168 525
MIDI-PYRENEES	10 134 068	10 120 425	25 475	10 094 950	10 141 465	6 454	1 019,00	6 076,0	414,70	3 120,0	10 158 549
BASSE NORMANDIE	6 308 446	6 231 259	7 357	6 223 902	6 316 130	4 982	2 625,00	1 544,8	212,55	2 029,0	6 327 524
HAUTE NORMANDIE	6 301 293	6 203 133	9 900	6 193 233	6 293 313	3 967	784,00	438,0	343,70	2 320,0	6 301 166
NORD-PAS-DE-CALAIS	14 884 256	14 648 695	16 662	14 632 033	14 894 048	7 886	6 272,00	918,0	627,15	7 179,0	14 916 931
PAYS-DE-LA-LOIRE	11 346 292	11 225 220	15 900	11 209 320	11 344 266	7 304	2 096,00	890,0	323,95	4 879,0	11 359 719
PICARDIE	7 203 652	7 063 447	8 555	7 054 892	7 205 165	3 362	11 230,00	856,0	328,80	1 525,5	7 222 468
POITOU-CHARENTES	5 873 044	5 758 553	9 800	5 748 753	5 874 860	3 661	632,00	910,0	253,50	2 476,0	5 882 793
PROV-ALPES-COTE D'AZUR	18 807 800	18 859 989	114 095	18 745 894	18 814 679	6 879	1 895,50	1 394,0	862,00	2 849,8	18 828 560
RHONE-ALPES	23 768 821	23 537 503	47 300	23 490 203	23 736 675	13 355	4 519,00	540,0	650,50	5 367,0	23 761 107
FRANCE METROPOLITAINE		246 599 350	759 526	245 850 216	248 017 170	127 893	61 351,05	28 410,2	8 725,95	95 183,4	248 338 743

(.) Ile de France hors AP/HP	31 361 035	31 598 477	86 013	31 522 856	31 369 622	16 637	12 785,00	834,4	1 301,50	13 625,4	31 414 806
Ile de France AP/HP seule	26 102 109	26 102 109	250 000	25 852 109	25 842 360						25 842 360

Fresnes

(..) : Alcoologie - praticiens hospitalo-universitaire - reprise d'ancienneté - amiante - transfusion sanguine - vacances SIDA - mises à disposition syndicales

Les dotations complémentaires non pérennes ne figurent pas dans le montant de la dotation régionale ; elles font l'objet d'une notification particulière, valant autorisation annuelle non reductible les transferts de financement au profit du secteur médico-social ne sont pas pris en compte à ce stade ; ils le seront au moment de la détermination du montant des dotations régionales finales 1997

